

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**VERÔNICA COSTA MOREIRA DA SILVA**

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS EM UM CENTRO  
DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**VERÔNICA COSTA MOREIRA DA SILVA**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE  
FERIDAS EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e  
Emergência do Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito  
parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Profa. Dra Renata Karina Reis**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADURAS de autoria do aluno VERÔNICA COSTA MOREIRA DA SILVA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Dra. Renata Karina Reis**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos que  
contribuíram direta ou indiretamente em  
minha formação.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, especialmente:*

*A Deus, a quem devo a minha vida.*

*A minha família que sempre me apoiou nos estudos e em todas as decisões tomadas.*

*A orientadora Prof<sup>a</sup> Dra Renata Karina Reis que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho.*

*Aos meus colegas pelo companheirismo e disponibilidade para me auxiliar em vários momentos.*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>5</b>
2.1 REVISÃO DA LITERATURA .....	6
2.1.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO.....	6
2.1.2 AVALIAÇÃO DAS QUEIMADURAS .....	7
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>14</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>21</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Tabela de LundBrowder .....	10
<b>Figura 2:</b> Alterações fisiológicas que acontecem após uma queimadura importante.....	11
<b>Figura 3:</b> Ficha de avaliação do paciente queimado no CTQ de Alagoas.....	13

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Classificação de queimaduras.....	10
--	----



## **RESUMO**

Em virtude dos altos custos sociais e econômicos decorrente das complicações das queimaduras e sabendo-se que uma avaliação minuciosa pode contribuir para o desenvolvimento de um plano de cuidados com estratégias mais adequadas que reúne condutas terapêuticas que visão uma cicatrização eficaz e que promove conforto ao paciente, tem-se cada vez mais a necessidade do desenvolvimento de avaliações específicas. O presente trabalho teve como objetivo propor um protocolo de avaliação de ferida em um Centro de Tratamento de Queimados. A composição do presente artigo resultou de três momentos, no primeiro foi realizado um levantamento bibliográfico que abordasse a construção de protocolos, no segundo foi feita uma observação sistemática do setor de interesse e no último momento o protocolo foi construído. O protocolo proposto compõe-se de quatro partes: a primeira para avaliação do perfil epidemiológico; a segunda para os aspectos inerentes a queimadura; na terceira parte será registrado o acompanhamento subsequente do paciente; e na última serão registrados o plano de cuidados e as evoluções de enfermagem. A avaliação sugerida pode ser útil para a caracterização minuciosa das queimaduras, de forma que os profissionais de enfermagem padronizem a forma de avaliar as feridas dos pacientes desse setor. Com a sistematização da assistência de enfermagem acredita-se que será possível otimizar o tempo dos profissionais de enfermagem e os custos em relação ao tratamento das queimaduras, como também garantir ao usuário uma assistência de qualidade e integral.

**Palavras-chave:** Queimaduras. Enfermagem. Avaliação.

## 1 INTRODUÇÃO

Queimaduras são definidas como injúrias decorrentes de trauma de origem térmica resultantes de exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção. O tipo de queimadura depende da extensão de comprometimento tecidual e do tempo de exposição ao agente agressor. Logo, a pessoa que vítima deste tipo de acidente pode vir a óbito, ou ficar com sequelas irreversíveis, além do sofrimento psicológico e físico (Oliveira et al, 2012).

As queimaduras constituem um problema de saúde pública, representando a segunda causa de morte na infância não só nos Estados Unidos como também no Brasil. Porém, há uma escassez de dados e informações para orientar programas de prevenção (Cruz et al, 2012).

Estima-se que, no Brasil, ocorram em torno de 1.000.000 acidentes com queimaduras por ano. Destes, 100.000 pacientes buscam o serviço hospitalar e 2.500 irá falecer direta ou indiretamente de suas lesões (Cruz et al, 2012).

A população brasileira é acometida pelas mais diversas feridas, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um índice elevado de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo-se assim um grave problema de saúde pública. Apesar desses altos índices não há dados estatísticos que comprovem este fato, já que os registros desses atendimentos são escassos. Contudo, o surgimento de feridas, dentre elas as provocadas por queimaduras, oneram, gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população (Guimarães et al. 2013).

Sabe-se que a avaliação de lesões decorrentes de queimaduras é parte fundamental do processo de tratamento, permitindo a tomada de decisão correta a cerca dos recursos terapêuticos a serem utilizados. A tarefa de avaliar um indivíduo queimado é bastante complexa, exigindo da equipe de enfermagem conhecimento a cerca dos processos que envolvem a cicatrização (Nascimento &Namba, 2009).

Para que esta avaliação seja feita de forma efetiva os profissionais de enfermagem que prestam cuidados ao paciente queimado devem estar capacitados para realizá-la de forma abrangente e adequada, cuidando dos aspectos físicos e emocionais, bem como das lesões que ocorrem na situação de queimadura (Lima et al 2013).

É sabido que os profissionais de enfermagem possuem um papel fundamental no que se refere ao cuidado integral do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema importância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanham a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém o maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curriculares voltados para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições (Morais et al, 2008).

Estando o profissional de enfermagem diretamente relacionado ao tratamento de feridas nos mais diversos níveis de atenção à saúde, o mesmo deve resgatar a responsabilidade de manter a observação intensiva com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo de cicatrização. Logo o mesmo deve estar atento aos fatores que influenciam este processo, como a patologia de base (diabetes mellitus, hipertensão), aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos e, sobretudo, o rigor e a qualidade do cuidado educativo (Morais et al, 2008).

Destaca-se que a avaliação se mostra como uma forma de subsidiar a elaboração e o desenvolvimento de um plano de cuidados com estratégias de tratamentos mais adequados, reunindo ainda condutas terapêuticas que visem uma cicatrização eficaz e que promova conforto ao paciente (Nascimento & Namba, 2009).

A avaliação de uma ferida pode levar a interpretações distintas, levando-se em consideração a natureza, forma e localização da ferida, além do conhecimento pessoal de cada profissional (Nascimento & Namba, 2009).

Devido a essas várias interpretações na avaliação, anotação e evolução de feridas em pacientes queimados a implantação de um protocolo na assistência de enfermagem é de fundamental importância, já que permite que os profissionais de enfermagem trabalhem de forma integrada. Além disso, esse tipo de instrumento qualifica a assistência de enfermagem sistematizada, considerando que por meio da coleta de dados é possível organizar e planejar cuidados apropriados aos pacientes, com maior segurança e qualidade colaborando assim para a consolidação da profissão e autonomia profissional.

Neste sentido, os objetivos desta intervenção são: construir e implementar um protocolo para a coleta e avaliação dos dados que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) no município de

Maceió-AL, visando padronizar a avaliação de feridas e proporcionar ao usuário, um cuidado individualizado e sistematizado para o tratamento de feridas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Entende-se por protocolo como algo que se predispõe a por algo pronto a ser utilizado, por meio de recursos a ele atribuídos, ou ainda, pode-se conceituar como a padronização de leis e procedimentos que são dispostos a execução de uma determinada tarefa (Simão et al, 2007). Hebling et al (2007) considera o protocolo como um conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam os atos públicos. Os autores ainda reforçam que a aplicação de protocolo de trabalho para o serviço público deve facilitar o gerenciamento das ações e respeitar os princípios de universalidade e equidade proposto pelo Sistema único de Saúde.

O protocolo é considerado a adaptação de um guia clínica para atender as condições locais. Na gerencia este documento representa a modificação de um padrão geral, contendo detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz, e como se faz, até chegar ao mais detalhado plano clínico (Enders & Davim, 2003).

Costa (2013) ainda ressalta que é por meio de um protocolo de assistência que a equipe multiprofissional de saúde capacitada pode avaliar os fatores relacionados aos aspectos: clínicos, assistenciais e os relacionados a qualidade de vida.

Sendo elaborado geralmente por pequeno grupo de pessoas representando as diversas categorias interessadas, o protocolo se desenvolve em quatro fases: revisão da literatura, construção do protocolo, testagem e revisão na prática (Enders & Davim, 2003).

Na fase de revisão da literatura se identificam as pesquisas sobre a efetividade e propriedade da clinica em foco. Posterior ao estudo qualificado das evidencias encontradas segue-se com a construção do protocolo. A fase de testagem do protocolo se inicia com a avaliação de profissionais que não estavam envolvidos no processo de construção. Nesta etapa os profissionais vão avaliar o instrumento quanto a sua clareza, consistência interna e aceitabilidade. Além dessa avaliação profissional o protocolo também é testado em serviço para avaliar a viabilidade de seu uso na prática. Na quarta e última fase é realizada uma revisão após certo tempo de utilização e modificado com base em novos conhecimentos científicos (Enders & Davim, 2003).

## 2.1 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO

A Sociedade Brasileira de Queimaduras define queimaduras como feridas traumáticas, na maioria das vezes, causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Atuam no tecido de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos.

Dependendo do grau de profundidade e da extensão, a queimadura está relacionada com dor, incômodo, alterações orgânicas, estéticas e psicológicas. É considerada uma tragédia na vida dos indivíduos e das famílias, e movida para os profissionais de saúde, um dos maiores desafios da assistência (Coelho & Araújo, 2010).

Atenção especial deve ser dada às vítimas de queimadura não só pela debilidade física e psicológica, mas também pelo grande potencial de se adquirir infecções hospitalares. Daí importante se ter um controle eficaz das condutas a serem tomadas diante de uma queimadura. Perante a esta complexidade e gravidade, exige-se competência, habilidade e conhecimentos atualizados para a assistência de enfermagem ao paciente queimado (Lima et al, 2013).

A assistência de enfermagem ao paciente queimado é dividida em 3 fases: a primeira é a fase de reanimação, ocorre nas primeiras 48-72 horas do incidente, e tem como objetivo resolver os problemas provocados pela queimadura imediatamente. A segunda fase, fase aguda, ocorre logo após a fase de reanimação, prolongando-se até que todas as lesões estejam cobertas, sejam por enxertos ou por tecido de cicatrização. A última fase, conhecida como reabilitação, tem por objetivo restaurar as funções das partes cicatrizadas e a prestar a assistência emocional que tanto o doente e a família necessitam (Rocha & Freitas, 2003).

Para que o paciente queimado tenha uma assistência de qualidade se faz necessário que a equipe de enfermagem tenha um conhecimento global do processo fisiopatológico e da terapêutica, para oferecer um cuidado primário adequado, seguindo com os cuidados subsequentes durante todo o tratamento (Matos et al, 2011).

## 2.1.2 AVALIAÇÃO DAS QUEIMADURAS

São múltiplos os fatores envolvidos nas queimaduras que devem ser observados em sua avaliação. A profundidade, a extensão e localização da queimadura, a idade da vítima, a existência de doenças prévias, a concomitância de condições agravantes e a inalação da fumaça tem de ser considerados na avaliação do queimado. O ambiente da avaliação deve manter-se aquecido, devendo a pele ser descoberta e examinada em partes, de modo a minimizar a perda de líquidos por evaporação (Vale, 2005).

- **Profundidade**

Avaliar o grau de queimadura significa determinar a profundidade da lesão na pele. Essa avaliação não é simples, e mesmos os profissionais mais experientes podem cometer erros na classificação. Determinados tipos de queimaduras podem apresentar dificuldade na classificação, um exemplo é a queimadura elétrica que tem que esperar de dois a três dias para ser avaliada com uma maior precisão. A avaliação fidedigna só poderá ser realizada com um estudo histopatológico (biópsia). O grau de profundidade depende do agente etiológico, do tempo de exposição e das condições prévias do paciente (Maciel & Serra, 2004).

Em crianças tem-se uma maior dificuldade já que as mesmas possuem pele mais fina que a de um adulto, o que os tornam mais suscetíveis a lesões profundas (Maciel & Serra, 2004).

Na prática há uma grande dificuldade na diferenciação de queimadura de 2º grau profundo com a de 3º grau. Além disso a infecção ou instabilidade hemodinâmica podem ocasionar um aprofundamento da lesão, ou seja, uma lesão de 2º grau superficial pode evoluir para uma de 2º grau profunda ou 3º grau. Por isso a avaliação em relação ao grau de queimadura não deve ser tão precisa em uma primeira avaliação, sendo importante a reavaliação do paciente após 48 -72 horas da lesão (Maciel & Serra, 2004).

- **Quanto a lesão térmica é dividida em três graus:**

Lesão de primeiro grau é aquela que atinge a epiderme, camada mais superficial da pele. Os aspectos observados na lesão são região hiperemiada, úmida, com edema e bastante dolorosa. Não provoca alterações hemodinâmicas, tampouco é acompanhada de alterações

clínicas significativas, e por isso, a porcentagem desse tipo de queimadura não é incluída na reposição hídrica; é resolvido de cinco a sete dias. Um exemplo de queimaduras de 1º grau são as lesões por exposição excessiva aos raios solares (Maciel & Serra, 2004).

A lesão de 2º grau atinge tanto a epiderme como a derme. Tem como característica mais comum a formação de bolhas e flictenas, que podem estar integras ou rompidas. Esse tipo de lesão é dividido em superficial e profunda. A superficial, também chamada de espessura parcial, atinge toda epiderme e parte da derme, conservando uma parte dos folículos pilosos e glândulas sudoríparas; caracteriza-se pela formação de flictenas, eritema, umidade e dor acentuada. Essas flictenas quando se rompem podem deixar à mostra uma superfície rósea e úmida. Tem-se lesões de 2º grau superficial, se esbranquiçada e opaca tem-se lesões de 2º grau profundas. As lesões de espessura parcial geralmente evoluem para restauração da pele em 14 a 21 dias, com mínima formação cicatricial. Um exemplo desse tipo de lesão é a causada por líquido superaquecido. Já a lesão de 2º grau profunda envolve a destruição de quase toda a derme, seu comportamento é semelhante a de 3º grau, apresentando coloração mais pálida e menos dolorosas, acarretando em maiores alterações sistêmicas; embora possa se restaurar em até três semanas, o epitélio neoformado é muito friável, apresentando ulceração recorrente e forte tendência à cicatrização hipertrófica e formação de contraturas. O tratamento desse tipo de lesão pode envolver a excisão tangencial e enxertia da pele. Um exemplo desse tipo de lesão é causada por líquido superaquecido, imersão ou chama direta (Maciel & Serra, 2004).

A lesão de 3º grau acomete todas as camadas da pele e, na maioria das vezes, outros tecidos como o subcutâneo, o muscular e o tecido ósseo. Tem aspecto esbranquiçado ou marmóreo; apresenta redução da elasticidade, se tornando rígido. Pode apresentar vasos sanguíneos trombosados. É a mais grave de todas as lesões, chegando a provocar deformações. Quando possuem áreas carbonizadas, alguns autores chegam a considerar como lesões de 4º grau (Maciel & Serra, 2004).

- **Área queimada**

Para se calcular a área queimada podem ser utilizados dois principais métodos, a Regra dos Nove, que é mais rápido, ou o Esquema de Lund-Browder, que é considerado o mais preciso pela literatura (Maciel & Serra, 2004).



Apesar de algumas profissionais considerarem o cálculo da área queimada uma tarefa simples, muitos erros são encontrados. A literatura relata que há uma supervalorização da área queimada, também sendo computadas as áreas com queimaduras de 1º grau. Estes, a rigor, não apresentam importância clínica, e, por isso não são incluídos no cálculo da área lesada (Maciel & Serra, 2004).

A Regra dos Nove é um método prático e rápido, por isso é frequentemente utilizado em salas de emergência, porém é importante que os profissionais entendam que em níveis de precisão ele não é o mais recomendado. Este método consiste na divisão do corpo em múltiplos de nove. A cabeça vale nove, cada membro vale nove, o tórax anterior vale 18% e o posterior vale outros 18%, cada membro inferior vale 18% e o períneo vale 1%. Esse método não deve ser utilizado em crianças menores de 4 anos, já que elas apresentam superfícies corporais parciais diferentes da do adulto. Quando modificada, a regra dos nove pode ser usada em crianças. Onde se subtrai 1% da cabeça para cada ano acima de um ano de idade e somar 0,5% a cada perna para cada ano acima de um ano de idade. Só é considerada a mesma superfície corporal da criança com a do adulto a partir da puberdade. Vale salientar que deve-se aguardar pelo menos 48 horas para se realizar uma avaliação final, pois lesões de 3 grau podem custar a se definir (Maciel & Serra, 2004).

Segundo Maciel & Serra (2004) o Esquema de Lund-Browder é o método mais confiável, já que leva em relação as proporções do corpo em relação a idade. Em crianças, por exemplo, a cabeça pode corresponder a uma área proporcional bem maior que nos adultos. Ao se preencher a tabela, deve-se assinalar o valor de cada região atingida em relação ao grau de profundidade, para que assim, possa ser ter uma visão global da percentagem correspondente à lesão de 2º grau, de 3º grau e à percentagem total da superfície corporal atingida (Figura 1).

Idade em anos	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15	Adulto
Área						
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádega direita	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Nádega esquerda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Genitália	1	1	1	1	1	
Braço direito	4	4	4	4	4	4
Braço esquerdo	4	4	4	4	4	
Antebraço direito	3	3	3	3	3	3
Antebraço esquerdo	3	3	3	3	3	3
Mão direita	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Mão esquerda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Coxa direito	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
Coxa esquerda	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
Perna direita	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
Perna esquerda	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
Pé direito	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2
Pé esquerdo	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2

**Figura 1:** Tabela de LundBrowder

FONTE: <http://www.misodor.com/wervoerhgvoehgr>

- **Classificação das Queimaduras**

Seguindo a avaliação da profundidade e da área queimada, Maciel & Serra (2004) classifica a queimadura quanto à gravidade em queimaduras leves, queimaduras moderadas e queimaduras graves. As leves na maioria das vezes podem ser tratadas em nível ambulatorial, não levam a repercussões hemodinâmicas e raramente complicam. Nas moderadas os pacientes necessitam de um acompanhamento diário, podendo ser tratados em nível ambulatorial, porém, na maioria das vezes, é mais prudente internar e observar as manifestações clínicas da lesão. Já nas graves o paciente se encontra instável hemodinamicamente, sendo necessária internação em um centro de tratamento de queimados ou, se não for possível, em um centro de tratamento intensivo (Tabela 1).

<b>Grau</b>	<b>Queimadura leve</b>	<b>Queimadura moderada</b>	<b>Queimadura grave</b>
<b>1º</b>	Qualquer extensão	X	X
<b>2º</b>	Menor que 10%	Entre 10% e 20%	Excedem 20% da superfície corporal
<b>3º</b>	Menor que 2%	Entre 3% e 5%	Excedem 10% da superfície corporal

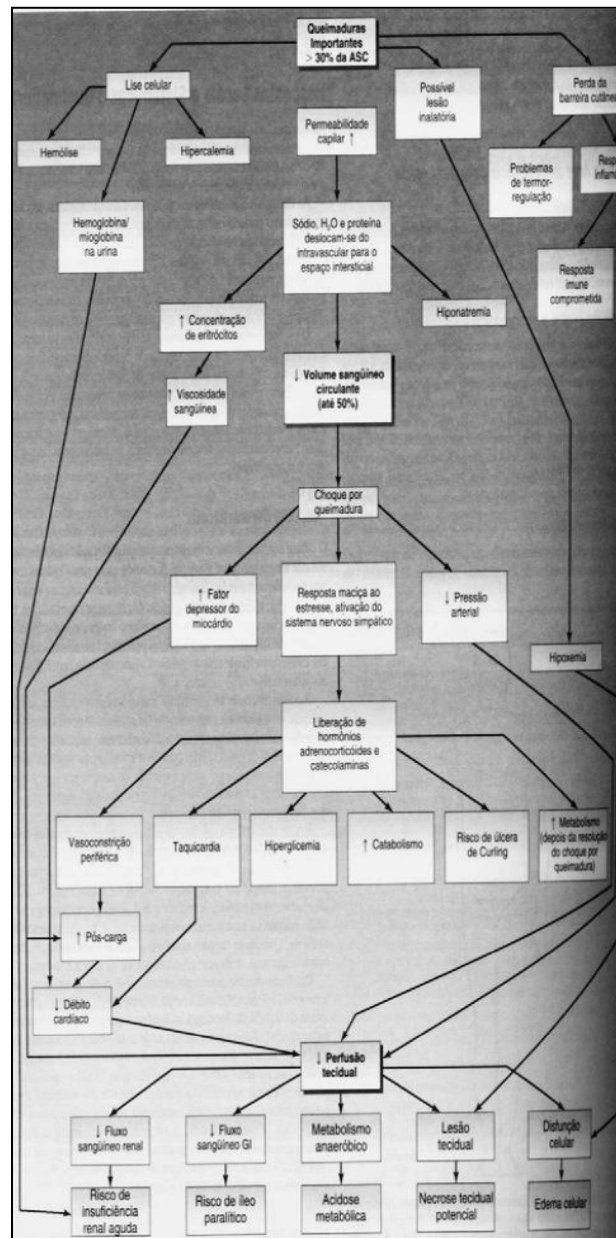
**Tabela 1:** Classificação de queimaduras.

- **Doenças e condições associadas**

A presença de doenças preexistentes como diabetes, insuficiência cardíaca e renal, hipertensão arterial e etilismo podem piorar o prognóstico, por isso, os profissionais devem dar atenção a pacientes que possuam essas condições. Outras condições associadas como traumas ortopédicos, neurológicos e abdominais, vítimas alcoolizadas ou sob efeito de outros tipos de drogas também devem ser levadas em consideração (Coelho et al).

- **Respostas locais e sistêmicas à queimadura**

Brunner&Suddarth's (2002) relatam que as queimaduras que não excedem 25% da área de superfície corporal total produzem uma resposta principalmente local, enquanto as queimaduras que excedem esse valor podem gerar resposta locais e sistêmicas, o que é considerado uma queimadura importante. As alterações que ocorrem depois de uma queimadura serão mostradas na Figura 2.



**Figura 2:** Alterações fisiológicas que acontecem após uma queimadura importante.

FONTE: Extraído na íntegra de BRUNNER&SUDDARTH'S. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica, 2002.

### 3 MÉTODO

O presente estudo é uma tecnologia de concepção, onde o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido. O mesmo foi desenvolvido com o intuito de “gerar conhecimentos para a aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos” (GIL, 2002, p.43), em um Centro de Tratamento de Queimados no município de Maceió-AL, e propor a implantação de um protocolo de coleta de dados para a sistematização da assistência de enfermagem no atendimento ao paciente queimado no respectivo neste serviço.

O Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) está inserido no atendimento do Hospital Geral do Estado (HGE) e se consolida como a única referência no Estado de Alagoas para o tratamento de indivíduos que sofreram queimaduras. Este serviço funciona com 16 leitos, onde os pacientes mais graves permanecem internados e conta com um ambulatório que atende as vítimas de pequenas e médias queimaduras que não precisam de internação ou com pacientes que já tiveram alta mas precisam realizar curativo no setor. O CTQ conta com equipe multiprofissional composta por 03 pediatras, 02 clínicos gerais, 5 anestesistas, 5 cirurgiões plásticos, 07 enfermeiras, 29 auxiliares e técnicos de enfermagem, 02 fisioterapeutas, 02 nutricionistas, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 burocrata e 03 maqueiros.

Para avaliação de queimaduras nesse setor é utilizado um instrumento construído por gestores da unidade, o mesmo contempla os seguintes dados: identificação do paciente, data e hora da queimadura, data e hora do primeiro atendimento, causa da queimadura, tratamento prévio, mapa da superfície corporal queimada, estado do paciente, tratamento local executado e áreas descobertas (Figura 3).

Trata-se de um estudo metodológico e de tecnologia assistencial, visto que a construção de protocolos assistenciais em enfermagem está relacionada a uma proposta de inovação tecnológica. Embora se conceitue tecnologia em enfermagem como a aplicação sistemática de conhecimentos científicos para facilitar o processo de atendimento ao ser humano, constata-se o fato de que as técnicas com evidências científicas na Enfermagem valorizam a profissão (FELIX et al, 2012).

Para alcançar os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido no Centro de Tratamento de Queimados de um Hospital Geral, na cidade de Maceió – AL nos anos de

2013-2014, organizado em 3 etapas: 1) levantamento da literatura nacional e internacional que aborde a construção de protocolos para a avaliação e intervenção de enfermagem em feridas e em queimaduras. 2) observação sistemática no setor de interesse, ou seja, no Centro de Tratamento de Queimados. 3) elaboração de uma proposta de protocolo de enfermagem.

Na construção optou-se pela forma de check-list no intuito de dinamizar o atendimento, facilitando assim a adesão e a aplicação prática do protocolo no cotidiano dos profissionais do setor.

A análise dos processos e rotinas descritas foi realizada a partir da observação sistemática, em que o pesquisador como parte do setor passou a descrever detalhadamente as necessidades do mesmo.

Na construção optou-se pela forma de check-list no intuito de dinamizar o atendimento, facilitando assim a adesão e a aplicação prática do protocolo no cotidiano dos profissionais do setor.

Vale salientar que o protocolo será apresentado para os gestores do setor, para que assim os mesmos avaliem a possibilidade de adesão ao instrumento na unidade.

Esta intervenção visa qualificar a assistência de Enfermagem no referido setor, podendo ainda ser um instrumento que irá dá visibilidade aos profissionais da equipe de enfermagem. Por não se tratar de uma pesquisa o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

**AValiação DE PACIENTE QUEIMADO**

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F EST. CIVIL: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_ ENFILEITO: \_\_\_\_\_

ACIDENTE SIM ( ) NÃO ( ) SUICÍDIO: SIM ( ) NÃO ( ) CRIME SIM ( ) NÃO ( )

DATA DO OCORRÍDO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ ATENDIDO NO DIA: \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_

AGENTE E CONDIÇÕES EM QUE OCORREU O ACIDENTE: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO PRÉVIO: \_\_\_\_\_

ESTADO GERAL BOM ( ) REGULAR ( ) GRAVE ( ) PULSO ( ) PA ( ) R ( ) T ( )

AGITACÃO ( ) CONSCIÊNCIA ( ) CIANOSE ( ) DISPNEIA ( ) TIPO: \_\_\_\_\_

VÔMITOS ( ) HEMATÊMESE ( ) MELENA ( ) DIARRÉIA ( ) ERUCTAÇÃO ( ) SIALORRÉIA ( )

APRESENTOU DIURÊSE APÓS A QUEIMADURA? \_\_\_\_\_ QUANTIDADE: \_\_\_\_\_ CARACTERES: \_\_\_\_\_

AUSCULTA DO TÓRAX: \_\_\_\_\_

EXAME LOCAL: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

IDADE	ÁREAS			EXTENSÃO QUEIMADA
	A	B	C	
0	9,50	2,75	2,50	CABEÇA
1	9,50	3,75	2,50	PESCOÇO
2	9,50	4,00	2,75	BRACO
10	9,50	4,50	3,00	ANTEBRACO
15	4,50	4,50	3,25	MÃO
ADULTO	3,50	4,75	3,50	TRONCO
ÁREA TOTAL ( )				NADEGAS
PROVÁVEL 1º GRAU ( )				GENITAIS
				COXA
				PERNA
				PE

TRATAMENTO LOCAL EXECUTADO: \_\_\_\_\_

ÁREAS DESCOBERTAS: \_\_\_\_\_

**Figura 3:** Ficha de avaliação do paciente queimado no CTQ de Alagoas.

FONTE: Fotografia tirada pelo próprio autor.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

Na revisão sistemática de periódicos nacionais e internacionais literature disponíveis, posteriormente foi realizada à leitura exploratória, catalogação e organização dos dados relacionados aos objetivos, com posterior análise descritiva, visando à fundamentação teórica para a elaboração do protocolo proposto neste trabalho. Dentre os periódicos selecionados, 9 estavam voltados para queimaduras, 8 para a elaboração de protocolos para assistência e 2 para avaliação de feridas.

Na observação sistemática foram investigados os seguintes processos: Padronização dos insumos necessários, ficha de cadastro dos clientes atendidos, fluxograma de rotinas/atendimentos, ficha de avaliação das queimaduras, ficha de evolução e foi criada uma lista de materiais utilizados para realização de curativos no setor.

A análise dos processos e rotinas descritas foi realizada a partir da observação sistemática, em que o pesquisador como parte do setor passou a descrever detalhadamente as necessidades do mesmo.

Na fase de elaboração de uma proposta de protocolo foram inclusos os seguintes itens aspectos sociodemográficos, estilo de vida, doenças e condições associadas, esquema de vacinação, medicação utilizada, histórico da queimadura, avaliação da queimadura, conduta, respostas locais e sistêmicas à queimadura, sinais vitais, ficha de acompanhamento clínico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem.

Todos os elementos identificados na coleta de dados e na análise dos discursos subsidiaram a construção de protocolo, para que assim a assistência de enfermagem possa ser sistematizado.

O protocolo técnico é um instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social, que tem por objetivo orientar os profissionais de enfermagem na execução de suas funções, e tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com a realidade (FELIX et al, 2012).

O protocolo sugerido foi composto por quatro partes: na primeira constitui-se em dados referentes ao perfil epidemiológico, na segunda foram abordados aspectos inerentes à queimadura, e na terceira o acompanhamento subsequentes do paciente e na quarta parte

foram elaborados instrumento para descrição dos diagnósticos, prescrições e evoluções de enfermagem. Para a aplicação do protocolo serão necessários uma ficha de avaliação semiestruturada e outros instrumentos avaliativos, como mostra a Tabela 1.

Na primeira parteo profissional de enfermagemirá referir-se aos dados do indivíduo relacionadosà sua identificação, incluindo seus aspectos sociodemográficos, estilo de vida, doenças e condições prévias, esquema de vacinação e medicação utilizada. Para esta etapa somente será utilizada a ficha de avaliação semiestruturada (Anexo 1).

A segunda etapa contempla o histórico e avaliação da queimadura, conduta, respostas locais e sistêmicas à queimadura. Para a conduta será necessário materiais utilizados no setor para realização de curativos. Os demais pontos tem como instrumento a ficha de avaliação semiestruturada (Anexo 2).

Na terceira etapa será feito a aferição dos sinais vitais como temperatura, respiração, pulso, pressão arterial e interpretação da dor. Para Viana e Petenusso (2012) a verificação dos sinais vitais é um procedimento essencial para a realização do exame físico, pois eles são os principais indicadores da condição do paciente. Esse procedimento pode ser realizado por todos que compõe a equipe de enfermagem, que devem atentar para as anormalidades encontradas na sua execução.

Para aferir a temperatura será utilizado um termômetro, que a depender do serviço pode ser digital ou de coluna de mercúrio, antes e após utilizar o termômetro deve ser realizada a desinfecção adequada com álcool a 70%. A temperatura pode ser verificada em regiões como a axila, cavidade oral e retal e na região timpânica. De acordo com Barros et al. (1999)a temperatura axilar tem seus limites de normalidade entre 35,7 e 37,5 °C; a oral varia entre 35,5 e 37,5 °C; a retal entre 36,6 e 38°C; e a temperatura timpânica entre 35,8 e 38°C. Tratando-se de paciente com queimaduras é importante se observar elevação de temperatura, já que a mesma pode indicar inflamação ou infecção (Maciel & Serra, 2004).

Viana &Petenusso (2012) definem o pulso como uma onda de pulsação que aparece após a ejeção do sangue para a aorta. Quando essa onda atinge uma artéria periférica, esta pode ser palpável por meio de sua compressão sobre uma área óssea. As regiões utilizadas para verificação do pulso são artéria temporal, carotídea, radial, braquial, ulnar, femoral, pedial, poplítea e tibial. Os valores encontrados para o pulso se encontram expressos na Tabela 2.

O sistema respiratório compreende um conjunto de estruturas responsáveis pela ventilação, condução, difusão e perfusão dos gases no organismo. As trocas gasosas entre oxigênio e gás carbônico compreendem um processo vital para a sobrevivência. Por isso é importante que o profissional de enfermagem saiba reconhecer as anormalidades deste sistema a fim de que sejam estabelecidas medidas terapêuticas que melhorem o padrão respiratório. Para isso é essencial que se analise a frequência, o ritmo, a profundidade e os sons que possam ser emitidos durante o ciclo ventilatório. Esse processo é estabelecido por meio dos movimentos das paredes do gradil torácico, de seu assoalho e do músculo diafragma. A frequência ventilatória deve ser avaliada pelo examinador pelos movimentos respiratórios expressos involuntariamente pelo paciente. Os valores limites para a frequência ventilatório se encontram na Tabela 3 (Viana & Petenusso, 2012).

A pressão arterial é definida como a pressão exercida pelo sangue na parede de um vaso, gerada pelo débito cardíaco e pela resistência periférica dos vasos sanguíneos. A unidade padrão utilizada para a verificação é representado por mmHg. A pressão pode ser verificada por métodos invasivos (cateteres arteriais) ou por métodos não invasivos (compressão da artéria radial ou poplítea, com auxílio de manguitos adequados). O instrumento utilizado para verificação da pressão é o esfigmomanômetro e os valores de referencias se encontram na Tabela 4 (Viana & Petenusso, 2012).

A dor é considerada por Viana e Petenusso (2012) o 5º sinal vital, e com frequência a falta de interpretação é citada como uma das principais causas para o não alívio da dor, tanto em crianças como em adultos. Para interpretar a dor os profissionais de enfermagem devem atribuir um significado a ela, entendendo, importando-se e principalmente acreditando na dor da pessoa que recebe o cuidado. Para interpretar a dor no estudo foram utilizadas duas escalas: a de faces de Wong-Baker e a Escala analógica. A de faces de Wong-Baker é preferida por crianças de até seis anos e consiste em seis faces enumeradas de 0 a 5, que segue uma graduação que vai desde “sem dor” até “pior dor”. A escala analógica é preferida pelos adolescentes e adultos. Nela a intensidade da dor é classificada por escala numéricas, onde 0 é sem dor, de 1 a 3 dor fraca, de 4 a 6 dor moderada, de 6 a 9 dor forte e 10 pior dor. Visualizar Anexo 1 para observar a estrutura do protocolo.

Na sequência será feito o acompanhamento com a ficha de acompanhamento clínico que contempla as características da queimadura em geral como: tipo de tecido (necrose, granulação, epitelização, desvitalizado, esfacelo, outro), característica do exsudato (seroso,



sanguinolento, serossanguinolento, seropurulento, purulento, fibroso), quantidade do exsudato (nenhum, pouco, médio, grande), características da borda (indistinta, aderida, não aderida, espessada, fibrótica, macerada, hiperqueratose) e tratamento utilizado (Ácidos Graxos Essenciais, Sulfadiazina, Soro Fisiológico a 0,9%), conforme mostra Anexo 2.

A última etapa conta com o plano de cuidados e evolução de enfermagem. Neste local o enfermeiro poderá traçar um plano de cuidados individualizado e contínuo para cada paciente, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. Para que esses objetivos sejam alcançados deve haver uma colaboração da equipe multidisciplinar para o tratamento do paciente (Anexo 3).

O protocolo construído está estruturado para a admissão do paciente no setor. A primeira avaliação e o histórico de enfermagem serão realizados pelo enfermeiro que estiver presente no horário da internação. Posteriormente o enfermeiro deverá prescrever os cuidados de enfermagem juntamente com os horários de realização de acordo com o diagnóstico de enfermagem obtido após a detecção dos problemas constantes no histórico de enfermagem. A avaliação das feridas devem ser feita pelo enfermeiro em conjunto com os técnicos e auxiliares de enfermagem, que devem estar capacitados para tal atividade.

Este material está sujeito a validação clínica e as avaliações e reformulações, conforme os avanços tecnológicos e científicos das técnicas de avaliação de queimaduras disponíveis atualmente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro frente a equipe de enfermagem e como membro da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente vítima de queimaduras é de extrema importância, pois será a sua capacidade de identificação dos problemas e estabelecimento de metas para a resolução dos mesmos que fará a diferença no tratamento da queimadura.

Acredita-se que com a sistematização da assistência de enfermagem nesse setor será possível otimizar o tempo dos profissionais de enfermagem e os custos em relação ao tratamento das queimaduras; eliminar os fatores desfavoráveis que retardem a cicatrização e prolongam a convalescença, o que eleva os custos do tratamento; promover educação continuada com os profissionais de saúde, para que assim o usuário tenha uma assistência de qualidade; e garantir ao usuário a adesão e continuidade ao tratamento.

O processo de enfermagem é o método através do qual são aplicados fundamentos teóricos da enfermagem para a prática diária. Levando isso para o lado profissional é possível ver que este processo define a prática de enfermagem para além da implementação de cuidados. Em relação ao paciente, o benefício observado é em relação à qualidade do atendimento, ao mesmo tempo em que ele é instigado a ser co-participante em seus cuidados. Em relação ao enfermeiro esse método tem como benefícios o aumento da satisfação no trabalho e a intensificação do crescimento profissional.

Repensar a organização na assistência de enfermagem ao paciente queimado ao paciente queimado significou substituir a lógica biologicista pela dialética do cuidado humanizado, onde o paciente irá ser visto de forma integral.

## REFERÊNCIAS

1. GUIMARÃES, I.B.A.; MARTINS, A.B.T.; GUIMARÃES S.B. Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 12, n.2, p.103-7, 2013.
2. CRUZ, B.F.; CORDOVIL, P.B.L.; BATISTA, K.N.M. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n.4, p.246-50, 2012.
3. OLIVEIRA, T.S.; MOREIRA, K.F.A.; GONÇALVES, T.A. Assistência de enfermagem com paciente queimado. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n.1, p.31-7, 2012.
4. LIMA, O.B.A. et al. A enfermagem e o cuidado a vítima de queimaduras: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, vol.7, p.4944-50, Julho, 2013.
5. SIMÃO, M.F.C. et al. Elaboração de protocolos de enfermagem para pacientes submetidos à cirurgia oncológica do aparelho digestivo alto. **Arq Ciênc Saúde**, v.14, n.4, p.234-7, out-dez, 2007.
6. HEBLING, S.R.F. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 1067-1070, 2007.
7. COSTA, I.K.F. **Validação de protocolo de assistência para pessoas com úlcera venosa na atenção primária**. 2013, 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande Norte. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2013.
8. ENDERS, B.C.; DAVIM, R.M.B. Elaboração de protocolos clínicos: problemas no uso da evidência. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.4, n.2, p.88-94, jul-dez, 2003.
9. FELIX, L.G; SOARES, M.J.G.O; NÓBREGA, M.M.L. Protocolo da assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.65, n.1, p.83-91, jan-fev, 2012.
10. COELHO, N.A.; GOMES, M.P.O.P.; PACHECO, M.T.T.. Proposta de protocolo de atendimento do enfermeiro ao paciente queimado na fase aguda de internado em um hospital geral. **X ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E VI ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS GRADUAÇÃO**. São José dos Campos-SP, p.2711-15.

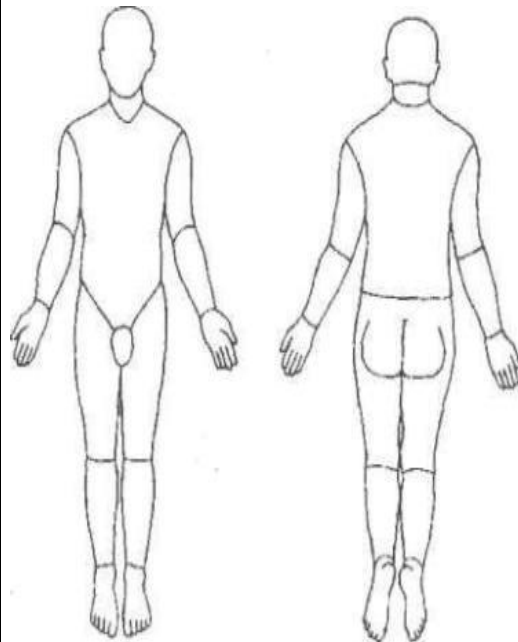
11. PINTO, F.C.M. et al. Proposta de protocolo para sistematização da assistência de enfermagem na sala de curativos em uma unidade básica de saúde localizada no Rio de Janeiro. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v.17,n.34, p.9-17, Julho, 2012.
12. MATOS, J.C.; ANDRADE, F.C.B.; MADEIRA, M.Z.A. Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.4, n.2, p.74-8, Abr-Mai-Jun, 2011.
13. NASCIMENTO, A.R.; NAMBA, M. Aspecto da ferida: avaliação de enfermagem. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 10, n.2, p.118-23,2009.
14. MORAIS, G.F.C.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, M.J.G.O.Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enf**, Florianópolis, v. 17, n.1, p.98-105, 2008.
15. VALE, E.C.S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 80, n.1, p. 9-19, 2005;
16. MOSER, H.; PEREIRA, R.R.; PEREIRA, M.J.L. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial.**Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 12, n.2, p.60-7, 2013.
17. FERREIRA, E.;LUCAS, R.; ROSSI, L.A.; ANDRADE, D. Curativo do paciente queimado: uma revisão de literatura. **Revista EscEnferm USP**, v.37, n.1, p.44-51,2003.
18. SERRA, M.C.V.F. et al.Cálculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar. In: MACIEL. E.; SERRA M.C.V.F. **Tratado de Queimaduras**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. P.43-9.
19. VIANA, D.L.; PETENUSSO, M. Sinais vitais. In \_\_\_\_\_. **Manual para realização de exame físico**. São Caetano do Sul: Yendis editora, 2012. p.41-67.

## APÊNDICES E ANEXOS

## PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DE QUEIMADURAS

IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Nome: _____		Sexo: F ( ) M ( )	Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____		Estado civil: _____	
Ocupação: _____	Escolaridade: _____		Renda: _____
ESTILO DE VIDA			
	Sim	Não	Tempo
Tabagismo			Frequência
Etilismo			
Atividade Física			
Qual?			
DOENÇAS E CONDIÇÕES ASSOCIADAS			
<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> NEOPLASIAS <input type="checkbox"/> DOENÇAS VASCULARES <input type="checkbox"/> OUTROS			
Qual? _____			
ESQUEMA DE VACINAÇÃO			
dT <input type="checkbox"/> Atualizado <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos <input type="checkbox"/> Desconhe história vacinal			
MEDICAÇÃO UTILIZADA			
Antihipertensivos <input type="checkbox"/> Hipoglicemiante oral <input type="checkbox"/> Antiinflamatório <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
Qual? _____			
HISTÓRICO DA QUEIMADURA			
Origem: Acidental <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/>		Causa:	
Se provocado especificar o responsável? _____		Líquido superaquecido <input type="checkbox"/> Combustível <input type="checkbox"/> Chama direta <input type="checkbox"/>	
		Superfície superaquecida <input type="checkbox"/> Eletricidade <input type="checkbox"/> Radiação solar <input type="checkbox"/>	
		Agentes radioativos <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Fogos de artifício <input type="checkbox"/>	

### AVALIAÇÃO DA QUEIMADURA

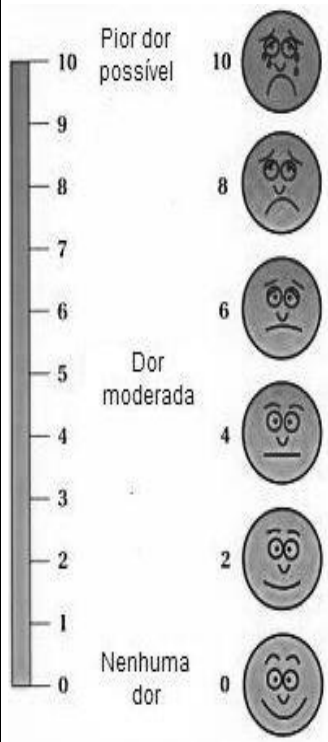
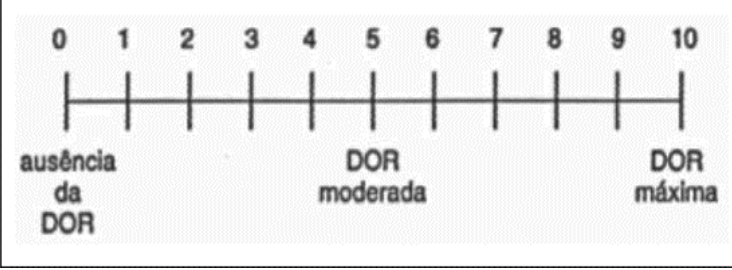
Área queimada	Grau de queimadura	Aspecto da queimadura
	<b>1º grau</b> <input type="checkbox"/>  <b>2º grau</b> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/>  <b>3º grau</b> <input type="checkbox"/>	<b>Tecido:</b> Necrótico <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Desvitalizado <input type="checkbox"/> Outro: _____
	<b>Classificação das queimaduras</b>	<b>Exsudato:</b> Seroso ( ) Seropurulento ( ) Sanguinolento ( ) Purulento ( ) Serossanguinolento ( ) Fibroso ( ) Nenhum ( )
	<b>Leve</b> <input type="checkbox"/> 1º grau – qualquer extensão. 2º grau – menor que 10%. 3º grau – menor que 2%.  <b>Moderada</b> <input type="checkbox"/> 2º grau – entre 10% e 20%. 3º grau – entre 3% e 5%.  <b>Grave</b> <input type="checkbox"/> 2º grau – excedem 20% da SC. 3º grau – excedem 10% da SC.	<b>Quantidade do exsudato:</b> Nenhum ( ) Pouco ( ) Médio ( ) Grande ( )  <b>Característica da borda:</b> Indistinta ( ) Aderida ( ) Não aderida ( ) Macerada ( ) Espessada ( ) Fibrótica ( ) Hiperqueratose ( )
		<b>Edema:</b> Sim ( ) Não ( ) Localização: _____ _____ _____ _____
<b>Conduta</b>		<b>Resposta local e sistêmica</b>

<p>Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/></p> <p>tópico <input type="checkbox"/> Vaselina líquida <input type="checkbox"/> Neomicina <input type="checkbox"/> Atadura <input type="checkbox"/> Gazes <input type="checkbox"/></p> <p>Esparadrapo <input type="checkbox"/> Compressa cirúrgica <input type="checkbox"/> Papaína a ____% <input type="checkbox"/></p> <p>Dexametasona <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: _____</p> <p>_____</p>	<p>Hemólise <input type="checkbox"/> Lesão inalatória <input type="checkbox"/> Hipercalemia <input type="checkbox"/></p> <p>Hemoglobina/mioglobina na urina <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/></p> <p>Termorregulação afetada <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/></p> <p>Infecção <input type="checkbox"/> Imento de eritrócitos <input type="checkbox"/> Imento da viscosidade sanguínea <input type="checkbox"/> Diminuição volume sanguíneo circulante <input type="checkbox"/> Hiponatremia <input type="checkbox"/></p> <p>Diminuição da PA <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/></p> <p>Taquicardia <input type="checkbox"/> Hiperglicemia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/></p> <p>Diminuição do débito cardíaco <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/></p> <p>Acidose metabólica <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/></p> <p>Qual(s): _____</p> <p>_____</p>
--	--

**SINAIS VITAIS**

Temperatura: _____ °C	Frequência ventilatória: _____ irpm	Pulso: _____ bpm	PA= _____ mmHg
-----------------------	-------------------------------------	------------------	----------------

**Interpretação da dor**

Crianças	Adolescentes e adultos
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>0:</b> sem dor ( )</li> <li><b>1 a 3:</b> dor fraca ( )</li> <li><b>4 a 6:</b> dor moderada ( )</li> <li><b>6 a 9:</b> dor forte ( )</li> <li><b>10:</b> pior dor ( )</li> </ul>

## FICHA DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

[illegible]









